

برنامج الخدمات المنزلية لكبار السن على نطاق واسع (Expanded In-Home Services for the Elderly)
 (Program, EISEP) أو الخدمات المجتمعية لكبار السن (Community Services for the Elderly, CSE)
 اتفاق مع العميل

اسم (أسماء) العميل (العملاء): _____
 مؤسسة مزود خدمات EISEP: _____
 المؤسسة الخاصة بالمنطقة لكبار السن: _____
 الفترة الزمنية التي يتضمنها هذا الاتفاق: _____ حتى _____

أ. الاتفاق مع عدم المشاركة في التكلفة

أدرك أنه بناءً على المعلومات التي قدمتها، لست مطالبًا بدفع رسوم مقابل الخدمات المقدمة ضمن برنامج الخدمات المنزلية لكبار السن على نطاق واسع (EISEP) أو الخدمات المماثلة لبرنامج EISEP، مثل الخدمات التي تُقدم ضمن برنامج الخدمات المجتمعية لكبار السن (CSE) في غضون الفترة التي يتضمنها هذا الاتفاق.

ضع علامة
على المربع إذا
كان هذا القسم
جزءًا من
الاتفاق.

ب. الاتفاق مع المشاركة في التكلفة

أوافق على دفع رسوم نظير الخدمات و/ أو السلع و/ أو العناصر التي أتلقتها ضمن برنامج EISEP و/ أو CSE في غضون الفترة التي يتضمنها هذا الاتفاق. لن تتجاوز هذه الرسوم نسبة _____ % من تكلفة الخدمات التي أتلقتها على مدار الشهر أو مبلغ _____ دولار أمريكي، أيهما أقل. لا تتضمن هذه الرسوم تكلفة إدارة الحالة، فهي مجانية.

ضع علامة
على المربع إذا
كان هذا القسم
جزءًا من
الاتفاق.

تُقدَّر الرسوم التي سأدفعها كل شهر بقيمة _____ دولار أمريكي، بحسب الخدمات و/ أو السلع و/ أو العناصر التي أتوقع استلامها ضمن برنامج EISEP و/ أو CSE. ومع ذلك، لن أتحمّل تكلفة أي خدمات لا أتلقتها فعليًا أو الخدمات التي تلقيتها قبل التقرير بشأن حصتي للمشاركة في التكلفة.

أدرك أنني سأتلقي _____ وحدة من الوحدات المنزلية، و _____ وحدة من وحدات الرعاية المؤقتة غير المؤسسية و _____ وحدة من وحدات الخدمات الإضافية

ج. الاتفاق مع المشاركة في التكلفة لعملاء Medicaid المرتقبين

أتقدم حاليًا للحصول على برنامج Medicaid وأدرك أنه أثناء عملية تقديم طلب Medicaid والتقرير بشأنه، أطلب الحصول على خدمات EISEP و/ أو CSE، وفقًا لما يرد في خطة الرعاية الخاصة بي.

ضع علامة
على المربع إذا
كان هذا القسم
جزءًا من
الاتفاق.

أثناء التقرير بشأن الأهلية لبرنامج Medicaid، أدرك أنني مسؤول عن تحمل تكلفة هذه الخدمات بمبلغ _____ دولار أمريكي شهرياً في غضون الفترة التي يتضمنها هذا الاتفاق. ومع ذلك، لن أتحمّل تكلفة أي خدمات لا أتلقاها فعلياً أو الخدمات التي تلقيتها قبل التقرير بشأن حصتي للمشاركة في التكلفة. أدرك أنه إذا ثبت أهليتي لبرنامج Medicaid، فسيتكفل Medicaid بالدفع مقابل مثل هذه الخدمات المنزلية. في الوقت الذي أبدأ فيه تلقي الخدمات المنزلية ضمن برنامج Medicaid، أعني أنه لن يُطلب مني بعد الآن دفع حصتي للمشاركة في تكلفة خدماتي المنزلية ضمن برنامج CSE EISEP/، بالإضافة إلى إنهاء هذا الاتفاق. في حال كنت مؤهلاً لتلقي خدمات ودعم برنامج CSE EISEP/، إلا أنها لم تكن ضمن نطاق برنامج Medicaid؛ فإنه يمكنني إعادة التقدم بطلب للحصول على برنامج CSE EISEP/ مع إبرام اتفاق جديد بحسب الدخل وتكاليف السكن وترتيبات المعيشة. قد يتضمن هذا الاتفاق الجديد المشاركة في التكلفة في غضون مدة هذا الاتفاق، حسبما تقتضي الضرورة.

د. الاتفاق مع دفع التكلفة بالكامل، دون تقديم معلومات مالية

أرفض تقديم المعلومات المطلوبة لهذا النموذج. أرى أن دخلي ومواردي تجعلني غير مؤهل لتلقي مثل هذه الخدمات المنزلية أو خدمات إدارة الحالة ضمن برنامج Medicaid أو أي برنامج حكومي آخر. أدرك أن رفضي يجعلني غير مؤهل لتلقي المساعدة بشأن المشاركة في التكلفة ضمن برنامج EISEP و/أو CSE. أختار الحصول على الخدمات التي أنا مؤهل لها بموجب هذا الاتفاق ودفع تكلفة الخدمات كاملة، أي _____ دولار أمريكي شهرياً، في غضون الفترة التي يتضمنها هذا الاتفاق. ومع ذلك، لن أتحمّل تكلفة أي خدمات لا أتلقاها أو الخدمات التي تلقيتها قبل التقرير بشأن حصتي للمشاركة في التكلفة.

ضع علامة على المربع إذا كان هذا القسم جزءاً من الاتفاق.

أدرك أنه إذا قررت تقديم جميع المعلومات المطلوبة في هذا النموذج، فإنه يتوفر لدي الفرصة لطلب والحصول على إعادة التقرير بشأن مبلغ الرسوم التي يتعين علي دفعها. لطلب ذلك، سأتصل بمدير حالتي. لا تسري عملية إعادة التقرير بموجب هذا القسم في موعد يسبق تاريخ الاتفاق الجديد.

ه. تأكيدات المعلومات المالية

أؤكد، أنا _____ ، على صحة ودقة أي معلومات مالية قدمتها فيما يتعلق بخدمات EISEP و/أو CSE، على حد علمي. أوافق على أنه قد يُتحقق من هذه المعلومات حسبما تقتضي الضرورة. أدرك أن أي بيانات كاذبة أو مُضللة قدمتها عن قصد فيما يتعلق بهذا التقييم المالي قد تؤدي إلى فقدان أهليتي لتلقي الخدمات.

أدرك أن التغييرات المستقبلية في نوع الخدمات التي أتلقاها أو قدرها، أو الدخل أو نفقات السكن أو ترتيبات المعيشة أو النفقات الطبية قد تؤثر على هذا الاتفاق. أوافق على إبلاغ مدير حالتي بأي تغييرات عند حدوثها. أدرك أنه في حال حدوث تغييرات، فقد يُعاد احتساب حصتي للمشاركة في التكلفة منذ وقت التغيير. إذا دفعت مبلغاً أكثر من اللازم، فسألتقى

تعويضًا كاملاً من المؤسسة الخاصة بالمنطقة لكبار السن. إذا دفعت مبلغاً أقل من اللازم، فسأدفع المبلغ المستحق. إذا ثبت وجود خطأ ما، فأعي أنه قد يُعاد احتساب حصتي للمشاركة في التكلفة منذ وقت بدء الخدمات.

اطلعت اطلاعاً وافياً على السياسة والإجراءات الخاصة بدفع حصتي للمشاركة في التكلفة، وأدرك أن عدم دفع حصتي للمشاركة في التكلفة عمداً سيؤدي إلى إنهاء اشتراكي في البرنامج وسيجعلني غير مؤهل لتلقي الخدمات ضمن برنامج EISEP و/ أو CSE حتى استلام مدفوعات حصتي للمشاركة في التكلفة.

و. جداول الدفع وممارسات إعداد الفواتير وإجراءات الدفع

أوافق على جداول الدفع وممارسات إعداد الفواتير وإجراءات الدفع لدى المؤسسة، وأقر بأنني حصلت على نسخة منها مع هذا الاتفاق.

ز. حقوق العميل

اطلعت على حقوقي ضمن برنامج EISEP و/ أو CSE كتابةً. تتضمن هذه الحقوق أي حقوق قد تتوفر لدي لعقد جلسة استماع وحقني في الاعتراض على مبلغ حصتي للمشاركة في التكلفة التي قيمتها المؤسسة الخاصة بالمنطقة لكبار السن.

ح. قبول خطة الرعاية/ التقرير بشأن حصة المشاركة في التكلفة

اطلعت على خطة الرعاية الخاصة بحالتي والتقرير بشأن تحديد حصة المشاركة في التكلفة.

أوافق على خطة الرعاية والتقرير بشأن تحديد حصة المشاركة في التكلفة

نعم لا (يرجى التوضيح)

التاريخ

توقيع العميل/ من ينوب عنه

التاريخ

توقيع العميل/ من ينوب عنه

تأكيد مدير الحالة

أؤكد أنا، _____، مدير الحالة
بأن المعلومات الواردة في هذا المستند تتوافق
مع المعلومات المقدمة من العميل.

التوقيع: _____ التاريخ: _____
الاسم (بأحرف واضحة): _____
الهاتف: _____
البريد الإلكتروني: _____